

Berlin, den

Name, Vorname und Anschrift
des/der Lehrbeauftragten

FREIE UNIVERSITÄT BERLIN
Fachbereichsverwaltung Erziehungswissenschaft und Psychologie
Fachbereichsverwaltung
Habelschwerdter Allee 45
14195 Berlin

**Zahlungsanforderung
des Lehrauftragsentgelts für das SoSe/ WiSe**

Ich habe im o.a. Semester die Lehrveranstaltung (mit jeweils mindestens 5 Studierenden)

gemäß Ihrem Auftrag vomwie folgt durchgeführt:

Kalendertag	Stunde/n (à 45 Min)	Kalendertag	Stunde/n (à 45 Min)	Kalendertag	Stunde/n (à 45 Min)

Teilnehmerzahl Beginn: _____ Ende: _____

Bei Stunden¹ und dem vereinbarten Stundensatz von «Stundensatz» € ergibt sich ein Gesamtentgelt von

_____ €.

Das Entgelt soll überwiesen werden auf das Konto:

_____ **IBAN**

bei _____ (BIC: _____)
Geldinstitut

_____ Kontoinhaber, falls abweichend

_____ **Steuer-ID**

_____ **Geburtsdatum**

_____ Ort und Datum

_____ Unterschrift des/der Lehrbeauftragten

¹ Nur tatsächlich durchgeführte Stunden